

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL
DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Llene esta información para identificar el caso (selección sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input checked="" type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

2. Has this claim been acquired from someone else?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién? _____	
3. Where should notices and payments to the creditor be sent?	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente) Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez PMB 506 609 Ave. Tito Castro Suite 102 Ponce, PR 00716-0200 alberto_albertito@yahoo.com
	787-214-8742 Contact phone / Teléfono de contacto alberto_albertito@yahoo.com Contact email / Correo electrónico de contacto	Contact phone / Teléfono de contacto Contact email / Correo electrónico de contacto
4. Does this claim amend one already filed?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) <u>40721</u> Filed on / Presentada el <u>05/29/2018</u> (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)	
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? ¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?	

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sistema de Retiro- Departamento de Educación
7. Do you supply goods and / or services to the government?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación: ¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno? Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____ List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Añote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mentionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____

8. How much is the claim?	\$ 2,375.52	Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos?
¿Cuál es el importe de la reclamación?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Si. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).	

9. What is the basis of the claim?	Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.
¿Cuál es el fundamento de la reclamación?	Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalte la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.

Asegurar el pago mensual de la pensionada- Sistema de Retiro de Maestros

10. Is all or part of the claim secured?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.
¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?	Nature of property / Naturaleza del bien: <input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos <input checked="" type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: <u>Derecho de Retención</u>
Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.) Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención).	
Value of property / Valor del bien: \$ _____ Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____	
Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)	
Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso : \$ _____	
Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ %	
<input type="checkbox"/> Fixed / Fija <input type="checkbox"/> Variable / Variable	
11. Is this claim based on a lease?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso \$ _____

12. Is this claim subject to a right of setoff? ¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the property / Sí. Identifique el bien: <u>Mensualidad- retiro</u>
13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)? ¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it.
FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha.
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- I am the creditor. / Soy el acreedor.
- I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
- I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
- I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta *Evidencia de reclamación* se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta *Evidencia de reclamación* y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Signature: Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez
Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez (Apr 20, 2020)

Email: alberto_albertito@yahoo.com

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name	Ruth	Dalia Luisa	Martínez Vélez
	First name / Primer nombre	Middle name / Segundo nombre	Last name / Apellido
Title / Cargo	<u>Maestra de Español</u>		
Company / Compañía	Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer. Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.		
Address / Dirección	PMB 506	609 Ave. Tito Castro Suite 102	
	Number / Número	Street / Calle	
	Ponce	PR	00716-0200
	City / Ciudad	State / Estado	ZIP Code / Código postal
Contact phone / Teléfono de contacto	<u>787-214-8742</u>	Email / Correo electrónico	<u>alberto_albertito@yahoo.com</u>

**DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN**
GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACION

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

ATT: SRM

20 de noviembre de 2018

CERTIFICACION

Certifico que

: RUTH D. MARTINEZ VELEZ

Seguro Social : [REDACTED] 1637

Categoría : MA. EDUC. SEC (ESPAÑOL)

Distrito Escolar : PONCE II

Sueldo Mensual : \$3,275.00

Status : PERMANENTE

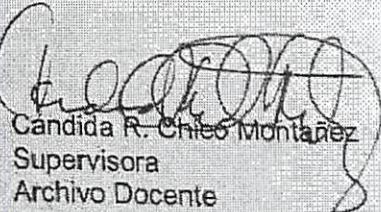
Observaciones :

Trabaja : Desde el 22 de enero de 1986 hasta el presente.

Cesó : N/A

Renunció : N/A

Otros : Ha prestado servicios para este Departamento por un período de 32 años, 5 meses, 1 semana y 2 1/2 días.



Cándida R. Chico Montañez
Supervisora
Archivo Docente

Departamento de Educación
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos
Informe de Cambios

	Antes del Cambio	Después del Cambio
1. Nombre del Empleado	RUTH D. MARTINEZ VELEZ	
2. Número de Seguro Social	1637	
3. Lugar de Nacimiento	PONCE	
4. Fecha de Nacimiento	13 de enero de 1966	
5. Sexo	F	
6. Estado Civil	CASADO	
7. Preparación Académica	MA 21	
8. Experiencia	32.5, 12.0	
9. Status del Empleado	PERMANENTE	
10. Sueldo Bruto	\$3,275.00	
11. Número de Puesto	R60639	
12. Categoría del Puesto	MA. EDUC. SEC (ESPAÑOL)	
13. Fondo	ESTATAL	
14. Cifra de cuenta	E1110-221-0810000-0000-08100-2019- SCHOOLWIDE19	
15. Fecha de efectividad	21 de diciembre de 2019 03:00 pm	
16. Acción	RENUNCIA	
17. Duración		
18. Causa del Cese	JUBILACIÓN	
19. Último día de Trabajo	21 de diciembre de 2019 03:00 pm	
20. Último día de Pago	21 de diciembre de 2019 03:00 pm	
21. Prog Esc. Nivel/Grado		
24. Distrito Escolar	PONCE	
25. Escuela	PONCE HIGH	
26. Dirección Postal: PMB 506 609 AVE. TITO CASTRO PONCE PUERTO RICO 007160200	26. Teléfono: (787)651-3829 (787) 214-8742 (lunes a viernes 08:00 a 16:00) (787) 214-8742 (sábados 08:00 a 12:00)	



27. Observaciones: SRM Y AELLA. SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 160 DEL 24 DIC 2013. P/ GLOBAL VAC. REG. 20.00 (DESDE 8/ENERO/2019 08:00 AM - HASTA 5/FEBRERO/2019 03:00 PM) Y ENF. 000.00 NO APLICA POR LEY 26-2017 ANOS DE SERVICIO

3275
LL -

NL

28. Preparado por: EFRAIN CORDERO SALINAS FECHA: 12 de marzo de 2019

29. Verificado por: EFRAIN CORDERO SALINAS FECHA: 12 de marzo de 2019

30. Aprobado por: MARIA M. FRANCO-SOTO *[Signature]* FECHA: 12 de marzo de 2019

Secretario de Educación o su representante

Gobierno de Puerto Rico 592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS		DETALLE DE PAGO		DETALLE DE RETIRO	
RUTH D MARTINEZ VELEZ PRIVATE MAIL 609 AVE TITO CASTRO STE 102 PMB 506 PONCE PR 00716-0200 SS-XXX-XX-1637		Días de Pago: 09/16/2019 Usted: Hasta: 09/22/2019 S/XXX-XXXX-XXXX-XXXX Depto: 592210-Agencia y Servicios Leg 160-2013 Lugar: Oficina: Pensionado Tel: 787-325-4212 Móvil:		S/XXX-XXXX-XXXX-XXXX Fecha: 09/16/2019 Estado: Casado Cónyuge: 0 Pct. Adu: 0 Cuent. Adu:	
HORAS E INGRESOS Descripción: Pago de Salarios Regulares Pago Retro Pensionados		Corriente: 1,187.76 S/XXX-XXXX-XXXX-XXXX Horas: 900.00 Min: 0.00 Horas: 13,195.36 Min: 9,380.63		IMPUESTOS Descripción: Corriente: 0.00 Min: 0.00	
DEDUCCIONES Descripción: RM-Ser Na Coss-Bet Ma-Nonica SM-First Medical Health Plan		DEDUCCIONES GENERALES Corriente: 142.53 Acumulado: 2,637.50 Min: 113.50 Horas: 227.00		BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS Descripción: Corriente: 0.00 Min: 0.00	
Total: Corriente: 0.00 Acumulado: 0.00		Total: Corriente: 256.03 Acumulado: 2,884.50		* Tributables: TOTAL IMPUESTOS Corriente: 0.00 Acumulado: 0.00	
TOTAL BRUTO Corriente: 1,187.76 Acumulado: 22,145.98		DEDUCCIONES TOTALES Corriente: 256.03 Acumulado: 2,884.50		PAGA NETA Corriente: 931.73 Acumulado: 19,761.48	
PTO HORAS Balance Inicial: 0.0 + Acumulado: - Utilizado: - Donada: + Ajustes: Balance Final: 0.0				DISTRIBUCION PAGA NETA Aviso #3617212: 931.73 Total: 931.73	

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha
09/27/2019

Aviso No.
3617212

Cant. Deposito: \$931.73

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	1322011929	\$931.73
Total:		\$931.73

TRAY-79 SQ 19957 ***** SCR 5-DIGIT 00716 19957 2 AV 0.383
RUTH D MARTINEZ VELEZ
 PRIVATE MAIL
 609 AVE TITO CASTRO STE 102 PMB 506
 PONCE PR 00716-0200

NO-NEGOCIABLE

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Grupo de Pago:	SM -Quincenal	Business Unit: PUERT
Desde:	03/16/2020	Aviso #: 6840997
Hasta:	03/31/2020	Fecha Aviso: 03/30/2020

RUTH D MARTINEZ VELEZ PRIVATE MAIL 609 AVE TITO CASTRO STE 102 PMB 506 PONCE PR 00716-0200 SS: XXX-XX-1637		# Empleado: XXXXX1637 Dept: 592230-Anos y Servicios Ley160/2013 Lugar: Anos y Servicios Ley160/2013 Titulo: Pensionado Sueldo: \$2,375.52 Monthly				DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 39 +99 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:							
HORAS E INGRESOS													
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente						
Pago de Salarios Regulares			1,187.76	487.50	7,126.56		Acumulado						
Total:			1,187.76	487.50	7,126.56	Total:	0.00 0.00						
DEDUCCIONES													
DEDUCCIONES GENERALES													
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente						
			RM-Ser No Coti-Ret Ma-Nunca	142.53	855.18		Acumulado						
			SM-First Medical Health Plan	113.50	681.00								
Total:	0.00	0.00	Total:	256.03	1,536.18	* Tributable							
TOTAL BRUTO				TOTAL IMPUESTOS	DEDUCCIONES TOTALES	PAGA NETA							
Corriente:	1,187.76			0.00	256.03	931.73							
Acumulado:	7,126.56			0.00	1,536.18	5,590.38							
PTO HORAS	ACUM					DISTRIBUCION PAGA NETA							
Balance Inicial:	0.0					Aviso #6840997	931.73						
+ Acumulado:						Total:	931.73						
- Utilizado:													
- Donada:													
+ Ajustes:													
Balance Final:	0.0												

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha
03/30/2020

Aviso No.
6840997

Cant. Deposito: \$931.73



TRAY 80 SQ 20266*****SCH 5-DIGIT 00716 20266 2 AV 0.389
RUTH D MARTINEZ VELEZ
PRIVATE MAIL
609 AVE TITO CASTRO STE 102 PMB 506
PONCE PR 00716-0200

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	1322011029	\$931.73
Total:		\$931.73

NO-NEGOCIABLE

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL
DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Llene esta información para identificar el caso (selección sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input checked="" type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

MMLID: 313822

EPOC ID: 1703283009612

2018 MAY 29 A 4:29

RECEIVED

Debtor Commonwealth of Puerto Rico has listed your claim in their Creditor List on Schedule E -- Employee Obligations as a Contingent, Unliquidated general unsecured claim in an Undetermined amount. You must timely file a proof of claim or be forever barred from participating or sharing in any distribution or being treated as a claim for purposes of voting or distribution.

El deudor Commonwealth of Puerto Rico ha listado su reclamación en la lista de acreedores en el Schedule E -- Obligaciones de Empleados como un reclamo Contigente, Sin liquidez no asegurado por un monto Indeterminado. Debe presentar una prueba de reclamación oportunamente o se le prohibira por siempre participar o compartir en cualquier distribución o ser tratado como un reclamo para fines de votación o distribución.

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

File **must leave out or redact** information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. **Do not send original documents**; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. **No adjunte documentos originales**, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

MARTINEZ VELEZ, RUTH D

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

745

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor



2. Has this claim been acquired from someone else?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién? _____	
3. Where should notices and payments to the creditor be sent?	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente) 745 Name / Nombre _____ Number / Número _____ Street / Calle _____ Suite 102 City / Ciudad _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____ Contact phone / Teléfono de contacto _____ Contact email / Correo electrónico de contacto _____ 787-651-3829 Contact phone / Teléfono de contacto _____ alberto_albertito@yahoo.com Contact email / Correo electrónico de contacto _____
4. Does this claim amend one already filed?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) _____ Filed on / Presentada el _____ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)	
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? _____	
6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) _____	
7. Do you supply goods and / or services to the government?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación: Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____ List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Añote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____	

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) _____
7. Do you supply goods and / or services to the government?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación: Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____ List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Añote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____

12. Is this claim subject to a right of setoff?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the property / Sí. Identifique el bien: <u>arrendamiento - Retiro</u>
13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it.
FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha.
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- I am the creditor. / Soy el acreedor.
- I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
- I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
- I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta *Evidencia de reclamación* se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta *Evidencia de reclamación* y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 5/29/2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Ruth Dalia Grise Martínez

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

Ruth Dalia Grise Martínez Vélez
First name / Primer nombre Middle name / Segundo nombre Last name / Apellido

Title / Cargo

Maestra

Company / Compañía

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.
Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

PDMB 506 609 Ave. Tito Cordero Suite 102
Number / Número Street / Calle

Ponce,

City / Ciudad

Puerto Rico 00716-0200

State / Estado

ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

787-651-3829

Email / Correo electrónico

alberto.albertito@yahoo.com

<p>8. How much is the claim? ¿Cuál es el importe de la reclamación?</p>	<p>\$ <u>2,389.00</u> mensuales</p>	<p>Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos?</p> <p><input type="checkbox"/> No / No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).</p>
<p>9. What is the basis of the claim? ¿Cuál es el fundamento de la reclamación?</p>	<p>Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.</p> <p>Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalte la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.</p>	
<p>10. Is all or part of the claim secured? ¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?</p>	<p><input type="checkbox"/> No / No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.</p> <p>Nature of property / Naturaleza del bien:</p> <p><input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: <u>Derecho de retención</u></p> <p>Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____</p>	
<p>Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.)</p>		
<p>Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.)</p>		
<p>Value of property / Valor del bien: \$ _____</p>		
<p>Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____</p>		
<p>Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la linea 7.)</p>		
<p>Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso : \$ _____</p>		
<p>Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Fixed / Fija</p> <p><input type="checkbox"/> Variable / Variable</p>		
<p>11. Is this claim based on a lease? ¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso \$ _____</p>	



SABI _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE <i>Ruth D. L. Lopez Martinez</i>		SEGURO SOCIAL REDACTED	NÚMEROS DE TELÉFONOS
DIRECCIÓN POSTAL P.M.B. 5046 Calle Ave. 114, Condado Santa Rita		HOGAR (787) 7251-3825	
PUEBLO <i>Fajardo</i>	ESTADO <i>Puerto Rico</i>	CÓDIGO POSTAL <i>00712-0201</i>	TRABAJO ()
POR FAVOR ANOTE SU DIR. CORREO ELECTRÓNICO: <i>alberto.alberto@jwychan.com</i>			
SELECCIONE SU STATUS: <input checked="" type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Servicio Inactivo		LLENAR SI ES PARTICIPANTE EN SERVICIO ACTIVO: AÑOS DE SERVICIO APROXIMADO <i>29 años 1 mes</i>	
Razón: _____		NOMBRE DE LA ESCUELA EN LA CUAL TRABAJA <i>Principales Escuelas</i>	
TIPO DE CONTRATO: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio			
SELECCIONE EL (LOS) SERVICIO (S) SOLICITADO (S)			
SERVICIOS AL PENSIONADO / BENEFICIARIO		SERVICIOS AL PARTICIPANTE ACTIVO	
<input type="checkbox"/> Certificación de Pensión o Talonario <input type="checkbox"/> Certificación para Plan medico (MANCOMUNADO) <input type="checkbox"/> Reclamo 1er. Pago de Pensión (o estatus <input type="checkbox"/> Revisión Cálculo de Pensión <input type="checkbox"/> Reclamación por Descuento Indebido y/o Suspensión de Descuento: <input type="checkbox"/> Cooperativas <input type="checkbox"/> Plan Médico <input type="checkbox"/> Asociaciones <input type="checkbox"/> AEELA <input type="checkbox"/> Aportación Indebido (9%) <input type="checkbox"/> Reclamación por: <input type="checkbox"/> Pago de Pensión o Beneficios <input type="checkbox"/> Aportación Médico Patronal No Recibida <input type="checkbox"/> Bono Medicamento/ Navidad <input type="checkbox"/> Solicitud de Autorización Depósito Directo <input type="checkbox"/> Cambio de Dirección <input type="checkbox"/> Copia W-2 <input type="checkbox"/> Documento de suspensión Plan médico <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		<input type="checkbox"/> Certificación de Balance de Aportaciones <input type="checkbox"/> Relación de Años de Servicio (RAS/Estado de Cuenta) <input type="checkbox"/> Plan de Pago por concepto de: <input type="checkbox"/> Servicio No Cotizado (Rec tiempo) <input type="checkbox"/> Balance Plan Pago <input type="checkbox"/> Estatus de CAS (Certificación de Años) <input type="checkbox"/> Estatus de SNC <input checked="" type="checkbox"/> Orientación y/o trámite sobre: <input type="checkbox"/> Entrega de Solicitud de Retiro <i>PA/SR</i> <input type="checkbox"/> Retiro por Incapacidad <input type="checkbox"/> Orientación Reembolso de Aportaciones <input type="checkbox"/> Orientación y Notificación de Fallecimiento <input type="checkbox"/> Participante / Beneficiario <input type="checkbox"/> Entrega documentos y/o trámite - BXD <input type="checkbox"/> Ajuste de Tiempo de Reconocimiento de Tiempo <input type="checkbox"/> Actualizar Intereses de SNC / Reembolso Cuotas	
INDIQUE INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO SOLICITADO <i>Ruth D. Lopez Martinez</i>			
Firma del Participante o Representante Autorizado*		Firma del Representante o personal autorizado	
<i>23/4/2018</i>		Fecha (dd/mm/aa)	

080 Dept. de Educacion - Maestros
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
HATO REY, PR 00919

Grupo de Pago:	SM -Quincenal	Aviso #:	4244668
Desde:	04/06/2018	Fecha Aviso:	04/13/2018
Hasta:	04/19/2018		

RUTH D MARTINEZ VELEZ PO BOX 6387 PONCE, PR 00733-6387 SS: REDACTED 1637		REDACTED # Empleado: 1637 Dept: 8005104-Ponce Ponce II Lugar: Ponce High Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$3,150.00 Monthly		DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Claiming no personal exem Concesiones: 0 Pct. Adcl.: 0 Cant. Adcl.: 0	
---	--	---	--	---	--

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS				
Descripcion	Corriente		Acumulado		Descripcion	Corriente		Acumulado		
	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas		Corriente	Acumulado			
Pago de Salarios Regulares			1,575.00	444.00	11,025.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	22.83	159.86		
					PR Withholding	99.87	699.09			
Total:			1,575.00	444.00	11,025.00	Total:	122.70	858.95		
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS				
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado		
GPR Plan de Retiro de Maestro	141.75	992.25	SM-First Medical Health Plan	21.30	105.30	FSED Disability Plan	26.78	187.46		
			SC-AMER FAM LIFE ASS CO	15.21	106.47	SM-First Medical Health Plan	0.00	360.00		
			SC-COOP DE SEGUROS DE VIDA	30.72	215.04					
			SC-MULTINATIONAL LIFE INS.	36.13	252.91					
			AS-EDUCAMOS	7.00	49.00					
			OS-AMPR LOCAL SIND NO AFIL	4.25	29.75					
Total:	141.75	992.25	Total:	114.61	758.47	* Tributable				
TOTAL BRUTO		BRUTO TRIBUT. FED		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES	PAGA NETA			
Corriente:	1,575.00		0.00		122.70	256.36	1,195.94			
Acumulado:	11,025.00		0.00		858.95	1,750.72	8,415.33			
Vacacion	Horas	Enfermedad	Horas	Tiempo Comp.	Horas	DISTRIBUCION PAGA NETA				
Balance Previo:	0.00	Balance Previo:	0.00	Balance Previo:	0.00	Aviso #4244668				
+ Acumulado:	0.00	+ Acumulado:	0.00	+ Acumulado:	0.00	1,195.94				
- Utilizado:	0.00	- Utilizado:	0.00	- Utilizado:	0.00	Total:				
Balance Final:	0.00	Balance Final:	0.00	Balance Final:	0.00	1,195.94				

Los balances de licencias corresponden al periodo de:

MENSAJE:

Dept. de Educacion - Maestros
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
04/13/2018

Aviso No.
4244668

Cant. Deposito: \$1,195.94

A la
Cuenta(s) De

RUTH D MARTINEZ VELEZ
PO BOX 6387
PONCE, PR 00733-6387

Localizacion: Ponce High

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Savings	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	1,195.94
Total:		1,195.94

NO-NEGOCIALBE